

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LA COMORBILIDAD MÉDICA
ENTRE ADULTOS DE 60 AÑOS O MÁS, HOSPITALIZADOS,
CON Y SIN DEPRESIÓN**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA
PRESENTA:

EDEL JULIETA JIMÉNEZ BUSTAMANTE

DRA. MARGARITA BECERRA PINO
TUTOR TEÓRICO

DR. JORGE ANDRÉS PEÑA ORTEGA
TUTOR METODOLÓGICO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

I	Introducción	
	La depresión en el adulto mayor.....	4
	Comorbilidad médica en el anciano deprimido.....	6
II	Metodología	
	Planteamiento del problema.....	12
	Justificación.....	12
	Objetivos.....	13
	Hipótesis.....	13
	Diseño.....	14
	Material y métodos	
	Tamaño de la muestra y asignación de casos.....	14
	Criterios de selección.....	14
	Variables.....	15
	Descripción de procedimientos	
	Instrumentos.....	16
	Procedimiento.....	20
	Diagrama I: procedimiento.....	22
	Validación de datos.....	23
	Presentación de resultados.....	23
	Consideraciones éticas.....	23

III Resultados

Resultados.....	24
-----------------	----

Gráficos

Distribución por sexo grupo depresión (figura 1).....	26
Distribución por sexo grupo comparativo (figura 2).....	27
Distribución por edad grupo depresión (figura 3).....	28
Distribución por edad grupo comparativo (figura 4).....	29
Estado civil grupo depresión (figura 5).....	30
Estado civil grupo comparativo (figura 6).....	31
Escolaridad grupo depresión (figura 7).....	32
Escolaridad grupo comparativo (figura 8).....	33
Comorbilidad médica grupo depresión (figura 9).....	34
Comorbilidad médica grupo comparativo (figura 10).....	35
Número de diagnósticos comorbidos grupo depresión (figura 11).....	36
Número de diagnósticos comorbidos grupo comparativo (figura 12).....	37
Enfermedades por aparatos y sistemas grupo depresión (figura 13).....	38
Enfermedades por aparatos y sistemas grupo comparativo (figura 14).....	39
Días de estancia hospitalaria grupo depresión (figura 15)	40
Días de estancia hospitalaria grupo comparativo (figura 16)	41
Funcionalidad en la vida diaria grupo depresión (figura 17).....	42
Funcionalidad en la vida diaria grupo comparativo (figura 18).....	43
Servicio de ingreso grupo depresión (figura 19).....	44
Servicio de ingreso grupo comparativo (figura 20).....	45
Número de medicamentos indicados grupo depresión (figura 21).....	46
Número de medicamentos indicados grupo comparativo (figura 22).....	47
Cuadro I. Características de los dos grupos (variables y	

análisis estadístico).....	48
IV Discusión y conclusiones.....	50
V Referencias bibliográficas.....	53
VI Anexos	
Anexo 1 Hoja de captura de datos.....	62
Anexo 2 Escala de depresión geriátrica (Yesavage).....	63
Anexo 3 Índice de Katz.....	64
Anexo 4 Hoja de consentimiento informado.....	65

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA COMORBILIDAD MÉDICA ENTRE ADULTOS DE 60 AÑOS O MÁS, HOSPITALIZADOS, CON Y SIN DEPRESIÓN

I.- INTRODUCCIÓN

La depresión en el adulto mayor

La depresión es una de las causas más importantes de discapacidad en el mundo, genera considerable sufrimiento a quien la padece y los problemas asociados son extremadamente costosos para la sociedad. Particularmente en la población geriátrica, la depresión es considerada como un problema de salud pública creciente debido a que en los últimos 50 años, el perfil general de la población ha cambiado rápidamente (1). Se calcula que en México más del 30% de las camas en los hospitales generales son usadas por adultos mayores, cerca del 20% de los pacientes ambulatorios pertenecen a este grupo de edad (2) y del 30% al 50% de las hospitalizaciones psiquiátricas de pacientes geriátricos son debidas a cuadros depresivos. Además, los ancianos deprimidos utilizan más los servicios médicos ambulatorios, por que éstos consultan al médico general de 2 a 3 veces más que los no deprimidos (3).

De todos los trastornos psiquiátricos del anciano, uno de los más frecuentes es la depresión mayor, (4-6) que se puede definir (de acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Americana) como un estado de ánimo triste, decaído la mayor parte del día, con notable disminución de la sensación de placer o de interés en todas o casi todas las actividades cotidianas, en un período mayor de dos semanas. Los síntomas hipocondríacos se

presentan en cerca del 65% de los ancianos deprimidos. Es más frecuente que en los ancianos deprimidos se manifiesten síntomas psicóticos que en los deprimidos más jóvenes; la temática de sus delirios usualmente es culpa, hipocondriasis, nihilismo, persecución y en algunas ocasiones, celos. Las depresiones en los ancianos muestran, en muchos casos, características especiales y, en ocasiones, resulta muy difícil establecer el tipo de depresión que presentan. La depresión de inicio tardío se asocia frecuentemente a anormalidades cerebrales, tales como ventriculomegalia, reducción significativa de volumen encefálico e hiperintensidades en la sustancia blanca, de predominio en corteza prefrontal, temporal superior y parietal anterior. En la depresión del adulto mayor se asocia con frecuencia a comorbilidad con trastornos vasculares. La neurotransmisión serotoninérgica se ha convertido en foco de atención en el estudio de la depresión, se ha documentado las reducciones en la unión de 5 Hidroxitriptamina (5HT) con edades avanzadas (3).

La prevalencia de depresión mayor entre las personas de 65 años o más, se estima que es del 1.4% en mujeres y del 0.4% en hombres, con un promedio general del 1% (una cuarta parte de la que se presenta en las personas más jóvenes), aproximadamente 2% de los ancianos sufren de trastorno distímico y 4% tienen un trastorno adaptativo con sintomatología depresiva. Cerca del 15% de los adultos mayores presentan sintomatología depresiva que no reúne criterios para un trastorno depresivo específico. La relativa baja prevalencia de síndromes depresivos identificados en poblaciones de ancianos puede ser debida en parte a problemas metodológicos, incluyendo la tendencia tanto de los médicos y de los pacientes a atribuir los síntomas depresivos al proceso de la edad, como parte normal del envejecimiento; se ha visto, además, que cuando existe una enfermedad física comorbida, entendiendo como comorbilidad la concurrencia de dos trastornos o síndromes (no síntomas) en el mismo paciente (7), las manifestaciones depresivas pueden ser consideradas por el médico

como no importantes o enmascararse cuando ocurren en el contexto de enfermedades médicas y neurológicas, en las que la sintomatología es similar a la de la depresión (5,7).

La depresión geriátrica puede ser efectivamente tratada en la mayoría de los casos, por el contrario, en ausencia de un adecuado diagnóstico y tratamiento, puede complicarse con trastornos somáticos, sobre todo de tipo metabólico o cardiovascular, con el consiguiente riesgo vital para el paciente (1). La recaída es un rasgo común de la depresión, sin el tratamiento adecuado, del 50% al 60% de los individuos que han tenido un episodio único de trastorno depresivo mayor pueden esperar tener un segundo episodio dentro del primer año. Para muchos esta recaída del primer año marca el principio de un ciclo de episodios que puede llegar a la depresión crónica en el 25% de los casos (8).

Comorbilidad médica en el adulto mayor deprimido

Se ha demostrado que ciertos segmentos de población geriátrica presentan un riesgo sustancialmente más elevado de desarrollar un trastorno depresivo que la población en general. Los síndromes depresivos geriátricos se asocian con el género femenino, estado civil de divorcio o separación, pobre red de apoyo social y eventos adversos e inesperados en la vida reciente (5). Las personas mayores que además sufren de una enfermedad física crónica representan uno de los grupos de mayor riesgo. Aproximadamente 30% de los ancianos que padecen una enfermedad médica comorbida tienen un trastorno depresivo mayor, mientras que el resto tienen una variedad de síndromes depresivos que podrían verse beneficiados con atención médica adecuada y más del 46% de los pacientes geriátricos hospitalizados con enfermedades médicas agudas padecen depresión (5, 9-11). Los pacientes con más enfermedades comorbidas, presentan más probabilidad de estar deprimidos y de deprimirse (12). Por otro lado, se ha

visto que los pacientes deprimidos tienen más enfermedades médicas que los no deprimidos. Los trastornos neurológicos, endocrinológicos, así como las enfermedades pulmonares obstructivas, infartos al miocardio y neoplasias se asocian a incremento en la incidencia de depresión. Existen estudios en los que se ha observado que la depresión deteriora la función social más que otras enfermedades como son las enfermedades cardiovasculares, pulmonares, artritis, hipertensión y diabetes y conduce a mayor daño en la función física que la artritis, la hipertensión y la diabetes (13). A pesar de la incrementada prevalencia de depresión en los ancianos médicamente enfermos, los médicos en primer nivel de atención fallan en diagnosticarla en más de la mitad de los casos. La comorbilidad indudablemente juega un papel mayor en la confusión para diagnosticarla. Además, los síntomas de las enfermedades coronarias (14), asma, cáncer y diabetes pueden simular síntomas depresivos en los pacientes ancianos. De hecho, la depresión puede ser la presentación primaria de los síntomas de alguna condición médica como carcinoma pancreático o hipotiroidismo y el síndrome depresivo se ha visto en más del 50% de los pacientes que sufren un evento vascular cerebral (15).

La presencia de enfermedades comorbidas graves puede ser una barrera para el diagnóstico de la depresión, además la comorbilidad puede complicar el tratamiento de la misma e incrementar los costos de atención. Algunas de las enfermedades comorbidas específicas que se han asociado con trastornos depresivos son: cáncer (16), en donde se ha reportado que entre el 25% y 38% de los pacientes con neoplasias padecen depresión mayor y un 19% adicional tienen síntomas depresivos, así como en pacientes con artritis la prevalencia de síntomas depresivos aumenta (17). En los pacientes diabéticos la depresión predice síntomas asociados con peor control en los niveles de glucosa (18); los pacientes asmáticos que están deprimidos reportan peores síntomas específicos de la enfermedad y peor calidad de vida que los no deprimidos. La prevalencia de depresión incrementa en los pacientes que además sufren de trastornos

neuroológicos como eventos vasculares cerebrales (19), enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer y otras, así como en pacientes con VIH/SIDA. Se ha analizado en algunos estudios, que la presencia de depresión eleva importantemente el riesgo de enfermedades cardíacas isquémicas y conduce al aumento de la mortalidad cardíaca en pacientes sin enfermedades cardíacas de base (7, 21).

Se ha observado que los pacientes ancianos hospitalizados por problemas médicos pueden presentar mayor vulnerabilidad para la depresión (22). Como ya se mencionó, existen estudios que indican que más del 46% de los pacientes geriátricos hospitalizados con enfermedades médicas agudas padecen depresión (9,10), cerca del 11% reúne criterios para trastorno depresivo mayor y alrededor del 25% presentan formas menos severas pero clínicamente significativas de sintomatología depresiva (3); en otros se sugiere que el estado afectivo del paciente se relaciona con la duración de la estancia hospitalaria y la toma de medicamentos, pero no se asocia importantemente al diagnóstico médico (13). Estos pacientes experimentan estrés psicológico, tienen enfermedades más graves, estancias hospitalarias más largas y mayor índice de mortalidad, (13 15, 25, 26) así como mayor riesgo de reingresos hospitalarios (27). Se ha concluido que la depresión puede conducir a una pobre adherencia al tratamiento, inadecuada toma de decisiones, deterioro en la red de apoyo social, contribuyendo a la presentación de otros trastornos, como enfermedades cardiovasculares, abuso de alcohol y otras sustancias (11).

Estudios previos hacen referencia a que los síndromes depresivos en ancianos hospitalizados son un factor de riesgo para el deceso temprano, aunado a la disminución de la funcionalidad, presencia de úlceras por presión, así como inmovilidad, incontinencia y deterioro cognoscitivo (2). La depresión no tratada puede transformarse en una enfermedad crónica que, aunada a la enfermedad médica, incrementa el riesgo de suicidio en esta población; algunos estudios han estimado que la enfermedad física

contribuye directamente al suicidio en cerca del 70% de las víctimas mayores de 60 años. Dichos intentos suelen ser de alta letalidad, esto llama la atención, ya que de no ser atendido, el primer episodio depresivo en el anciano puede ser el último debido a que es raro cuando un intento de suicidio en personas de edad avanzada no culmina en la muerte (28-31).

De lo anterior podemos considerar la relevancia de los síndromes depresivos en las personas de edad avanzada, debido a las serias complicaciones a que conlleva. Sabemos que estas complicaciones incrementan en personas que padecen de otros trastornos médicos y particularmente en los pacientes ancianos que se encuentran hospitalizados. Aunque la depresión y su prevención es un problema de salud pública, en los ancianos recibe muy poca atención en términos de investigación y estrategias preventivas. Es fundamental en este proceso la necesidad de informar y formar a los profesionales de la salud y a la sociedad en general, ya que juegan un papel vital en el reconocimiento y la prevención de los síndromes depresivos en este grupo de edad. Detectar y atender la depresión entre las personas de edad avanzada, especialmente en aquellos que presentan otras enfermedades médicas comorbidas, puede contribuir significativamente a reducir costos de atención en salud, disminuir la discapacidad, la morbilidad y la mortalidad. Esto generaría importantes ahorros y liberaría recursos que podrían ser dedicados a la atención de otras necesidades de salud.

II.- ANTECEDENTES

Sarah Cullum, en el 2003 (32), exploró la eficacia de aplicar los instrumentos Geriatric Depression Scale (GDS-15) y Brief Assessment Schedule Depresión Cards (BASDEC) para detección de depresión, tanto con los puntos de corte bajos (5/6) y altos (7/8) recomendados en la literatura. Después de aplicar dichas escalas a 61 ancianos admitidos consecutivamente en un hospital general de zona, se obtuvo que al ingreso, 24 y 12 pacientes arrojaron puntaje positivo para trastorno depresivo utilizando los puntos de corte bajo y alto respectivamente. A las 6-8 semanas de seguimiento, el 63% de los sobrevivientes que se tamizaron con el punto de corte bajo y el 80% de los que se tamizaron con el punto de corte alto tenían trastorno depresivo tomando como base los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de las Enfermedades versión 10 (CIE-10). El 50% de los pacientes en ambos grupos continuaban sin ser identificados clínicamente con episodio depresivo y por lo tanto sin recibir tratamiento. Dentro de las conclusiones se señala que la estancia promedio es mas larga en los pacientes de ambos grupos que obtuvieron resultados positivos y que los pacientes con enfermedades más graves presentan mayor probabilidad de estancias hospitalarias largas. Pomerantz y cols (1992) (33) y Koenig y cols (1998) (34) reportaron hallazgos similares. Clement, Jean Pierre y cols (35) evaluaron la utilidad de los instrumentos mini GDS (5 ítems) y CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale) para detectar la depresión en pacientes hospitalizados en salas de emergencias en Francia. El CES-D fue utilizado en dos cohortes de 60 pacientes de 70 años de edad o más, sin deterioro cognoscitivo. El mini GDS también fue utilizado en el segundo de los cortes y estos datos fueron comparados con los criterios diagnósticos para trastorno depresivo de la CIE-10. La población del estudio mostró una alta prevalencia de depresión (58%) y un bajo nivel de referencia psiquiátrica activa. Los puntajes del mini GDS y del CES-D tuvieron buena correlación (0.72) Concluyendo por lo tanto, que el uso del mini GDS

puede ayudar en la detección de depresión en pacientes que se encuentran en salas de emergencias.

Pomeroy y cols (36) y Shah y cols (37) también compararon varias versiones cortas de GDS para la detección de depresión entre pacientes geriátricos hospitalizados con enfermedades agudas. Los segundos obtuvieron una muestra de 80 pacientes con edad promedio de 86 años. La prevalencia de depresión fue del 45%, sin encontrar asociación por edad, sexo y fármacos. Obtuvieron una sensibilidad y especificidad superior al 70%, similar a la obtenida en unidades de primer nivel de atención y en unidades de atención geriátrica hospitalarias, concluyendo que dichas escalas evaluadas con un punto de corte correcto son útiles para la detección de episodios depresivos en ancianos hospitalizados con enfermedades médicas agudas.

En México existe escasa información sobre artículos originales publicados que hablen de la detección de trastornos depresivos en ancianos y con enfermedades médicas, ya que la gran mayoría se enfocan a poblaciones jóvenes o bien son publicaciones de revisión. De Santillana y cols (2) realizaron un estudio descriptivo en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Distrito Federal sobre la identificación, a través del tamizaje con GDS, del porcentaje de adultos mayores con síntomas de depresión. Encontraron que el 42% de las mujeres presentaban síntomas de depresión leve y en el 15% depresión moderada a severa; mientras que en los hombres los síntomas de depresión leve estuvieron presentes en el 30% de los casos y los de depresión moderada en el 7%. Sosa (1997) (38) en su tesis de maestría en Psiquiatría, lleva a cabo un estudio sobre la prevalencia de síntomas depresivos y alteraciones cognoscitivas en los ancianos de una comunidad del DF; utiliza como instrumentos de evaluación el examen minimalista breve de Folstein (EMB), el cuestionario del examen mental de Pfeiffer (CEM) y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage. Encontró que el 80.6% del total de los individuos refirieron estar enfermos, las

puntuaciones encontradas fueron: para el EMB 22.9 ± 4.9 , siendo los reactivos mas frecuentemente alterados los relacionados con atención y cálculo (80%), apraxia de construcción (66.3%), escritura (62.5%) y lectura (32.5%). Con el CEM, la calificación promedio fue de 8.8 ± 1.6 , y los reactivos con mas frecuencia alterados los relativos a: atención (27.5%) y memoria a largo plazo (21.3% y 18.8%) y para la GDS la calificación promedio fue de 9.6 ± 6.5 , con una mayor calificación para las mujeres que para los hombres; en relación a los reactivos, 6 de ellos (10, 12, 18, 19, 20 y 25) mas frecuentemente positivos para las mujeres que para los hombres.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Los pacientes mayores de 60 años, hospitalizados y con depresión tienen mayor probabilidad de presentar comorbilidad médica que los que no están deprimidos?

Justificación

Se ha documentado que las personas que sufren de enfermedades físicas tienen mayor probabilidad de presentar trastornos depresivos y que en particular los ancianos hospitalizados por problemas médicos son uno de los grupos de más alto riesgo para desarrollar episodios depresivos moderados y graves y que estos llegan a presentar un mayor número de trastornos comorbidos, enfermedades más graves, estancias hospitalarias largas, índice elevado de mortalidad, pobre adherencia al tratamiento, además de que lo anterior contribuye a la presentación de otros trastornos como enfermedades cardiovasculares y abuso de alcohol y otras sustancias, al riesgo elevado de suicidio en esta población, sin embargo, debido a que no se encuentran en México hasta Junio de 2004 estudios publicados que evalúen la presencia de trastornos depresivos en pacientes geriátricos hospitalizados con otra comorbilidad médica es de gran importancia desarrollar el estudio enfocado en esta población para poder implementar estrategias tanto de prevención, detección y tratamiento de estos padecimientos y de las complicaciones a que conllevan.

Objetivos

Objetivo General:

1. Evaluar y comparar la frecuencia de comorbilidad médica en pacientes de 60 años o más, hospitalizados por enfermedades médicas agudas y crónicas agudizadas con y sin depresión en los servicios de Medicina Interna, Cirugía General, Cirugía Plástica y Ortopedia del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Objetivos específicos:

1.1 Determinar la frecuencia de depresión en adultos de 60 años o más, hospitalizados por enfermedades médicas agudas y crónicas agudizadas.

1.2 Conocer el número de enfermedades comorbidas que presentan los adultos de 60 años o más hospitalizados con y sin depresión.

1.3 Comparar el tipo de enfermedades comorbidas que presentan los adultos de 60 años o más con y sin depresión.

Hipótesis

Si los adultos mayores de 60 años hospitalizados por enfermedades físicas agudas o crónicas agudizadas tienen riesgo elevado de padecer depresión, entonces la depresión se asocia a mayor morbimortalidad.

Diseño

Estudio comparativo, abierto, observacional, prospectivo y transversal.

1. El tamaño de la muestra se calculó esperando: 60% de comorbilidad en pacientes deprimidos contra 30% en los no deprimidos con 5% de nivel alfa y 90% de potencia de la prueba.

2. El número total de casos del estudio fue de 92 pacientes.

3. La forma de asignación de los casos se hizo de la siguiente manera:

a) Grupo con Depresión: aquellos que obtuvieron un puntaje de 6 o más en la escala de depresión geriátrica.

b) Grupo Comparativo: aquellos que obtuvieron puntaje de 5 o menos en la escala de depresión geriátrica.

4. Los criterios de selección fueron:

- Criterios de inclusión:

a) Pacientes de sexo masculino o femenino, de 60 años de edad o más (documentado en expediente clínico).

b) Que se encuentren hospitalizados en los servicios de medicina interna, cirugía general, cirugía plástica y ortopedia del Hospital General: "Dr. Manuel Gea González".

c) Que presentaran cualquier enfermedad física.

d) Que aceptaron participar en el estudio.

- Criterios de exclusión:

e) Que presentaron enfermedad sistémica grave que impidiera la adecuada participación en el estudio, como fueron pacientes con: deterioro cognoscitivo grave, alteración en el estado de conciencia basado en la información contenida en el expediente clínico del servicio tratante y en las notas de interconsultas de otros servicios (incluyendo al servicio de psiquiatría del hospital); así mismo se excluyeron pacientes con ventilación asistida e incapacitados para escuchar, hablar y/o escribir.

- Criterios de eliminación:

f) Pacientes que no completaron el total de las respuestas de los instrumentos aplicados.

5. Variables:

Variables independientes:

Presencia de Depresión (nominal)
Tipo de enfermedad médica (nominal)
Sexo (nominal)
Escolaridad (nominal)
Edad (intervalo)

Variables dependientes:

Número de trastornos comorbidos
(intervalo)
Días de estancia hospitalaria (intervalo)
Funcionalidad de la vida diaria
(ordinal)

Descripción de Procedimientos

Instrumentos

Escala de Depresión Geriátrica versión 15 ítems (“Geriatric Depression Scale” GDS-15).

Se han desarrollado diversas escalas con el objetivo de incrementar el índice de detección de trastornos depresivos en pacientes geriátricos. Como medida de detección y medición de severidad una de las más ampliamente utilizadas es la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), diseñada en 1982 por Brink y Yesavage, la cual fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico (41). La GDS puede ser usada en personas sanas, médicamente enfermas y con deterioro cognoscitivo de leve a moderado. Se ha comparado con otras escalas, demostrando tanto en estudios de comunidad, en áreas de cuidados agudos y crónicos una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89% comparada con los criterios clínicos diagnósticos y, debido a que puede ser autoaplicable y a que contiene instrucciones específicas, la diversidad del equipo que puede utilizarla no afecta su validez ni sus propiedades psicométricas (42,43). Sin embargo, debido a que es un instrumento relativamente largo, su uso universal se ha limitado, por lo que se han realizado versiones más cortas de la misma, las cuales a través de numerosas investigaciones han demostrado ser igualmente útiles que la versión original para la detección de estados depresivos en esta población (44), definidos tanto por la Clasificación Internacional de las Enfermedades versión 10 (ICD-10) y por el Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades en su 4ª. Versión, (DSM-IV). En España, Perlado F (1987) (45) realizó una primera traducción al castellano de la versión de 30 ítems, siendo González F (1988) (46) quien realiza los primeros estudios de

validación, pero introdujo modificaciones sustanciales que desnaturalizaban la versión original. Una segunda adaptación al castellano fue validada por Ramos-Brieva y cols (1991) y Salamero y cols (1995). De la versión de 15 ítems existen múltiples traducciones y en fechas recientes Aguado y cols presentaron su estudio de adaptación y validación al castellano. Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si/no, diseñado en su versión original para ser autoadministrado, aunque también admite su aplicación heteroadministrada, leyéndole las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada; en este caso el entrevistador no debe hacer interpretaciones sobre ninguno de los ítems, incluso si es preguntado respecto al significado de alguno de ellos. El sentido de las preguntas está invertido en forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido. El marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa. Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano.

Interpretación: valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo y las negativas para los indicativos de normalidad (41). La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0 a 15. Se aceptan los siguientes puntos de corte:

No depresión: 0-5 puntos.

Probable depresión: 6-9 puntos.

Depresión establecida: 10-15 puntos.

Su simplicidad y economía de administración, el no requerir estandarización previa y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que esta escala sea ampliamente recomendada en el cribado general del paciente geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la pseudodemencia por depresión (47).

Propiedades psicométricas: La versión de 15 ítems tiene un alto grado de correlación con la versión de 30 ítems y similar validez predictiva, con una sensibilidad entre el 80% y 90% y una especificidad algo menor, entre el 70% y el 80%, para el punto de corte >6; puntos de corte más altos (>10), mejoran la especificidad con una sensible reducción de la sensibilidad (92% y 72% respectivamente) (48).

En los estudios realizados en español, la versión de 15 ítems ha mostrado una fiabilidad inter e intraobservador muy alta, con una validez predictiva similar a la referida: sensibilidad del 80% y especificidad del 75% para el punto de corte >5 (49, 50). El aumento del punto de corte produjo un pequeño aumento en la especificidad con una pérdida notoria de la sensibilidad (Ej. Para un punto de corte >6 la sensibilidad fue del 68% y la especificidad del 83%) (51-53).

Escala de Actividades de la vida diaria de Katz (“Activities of Daily Living” ADL)

La escala de actividades de la vida diaria de Katz es una herramienta de evaluación que frecuentemente es usada en la población geriátrica en diversas circunstancias, en unidades de cuidados prolongados y en los hogares de los pacientes. Fue desarrollada en 1963 por Sidney Katz, quien deseaba encontrar la manera de medir la función y cómo ésta cambiaba a través del tiempo en los ancianos que padecían de enfermedades crónicas. Katz evaluó la función en términos del nivel de independencia o dependencia del paciente cuando realizaba ciertas actividades de la vida diaria que la mayoría de los adultos sanos realizan habitualmente. La escala de Katz considera seis dominios básicos: bañarse, vestirse, ir al baño, trasladarse, continencia y alimentación. Aunque la ADL es simple requiere un grado de habilidad funcional que involucra fuerza motora fina y gruesa, sensorio y habilidades cognoscitivas. En adición a la escala original de Katz, actualmente existen un número de versiones adaptadas (54,55).

Para cada uno de los seis dominios funcionales existen 3 posibilidades de funcionamiento: independiente (I), necesita algún tipo de asistencia (A) o dependiente (D). Asistencia puede significar: supervisión, dirección verbal o ayuda física. El primer dominio, bañarse, puede referirse a baño de esponja o en la ducha. Una persona que no necesita asistencia cuando se baña, incluyendo para entrar o salir de la ducha, es considerado en nivel "I", una persona que necesita ayuda para limpiarse alguna parte del cuerpo corresponde al nivel "A", mientras que aquel que necesita asistencia para asearse más de una parte del cuerpo corresponde al nivel "D". Una persona con nivel "I" al vestirse es capaz de llegar a su ropa y vestirse completamente sin ayuda. En un nivel "A" necesitaría ayuda en una acción, como acomodarse los zapatos; en el nivel "D" necesitaría asistencia tanto para llegar a su ropa o vestirse o permanecería parcial o completamente desvestido. El tercer dominio: ir al baño, incluye llegar al cuarto de baño para vaciamiento de vejiga y ampolla rectal, limpiarse por si mismo después de la eliminación y colocarse su ropa al concluir. Una persona que funciona en nivel "I" realiza todas las funciones anteriores sin asistencia. Debe hacerse notar que el nivel "I" no descarta la utilización de un instrumento o dispositivo de apoyo, como silla de ruedas, bacinica o cómodo durante la noche, mientras se realice sin ayuda. Una persona que funciona en nivel "A" necesita asistencia ya sea para llegar al baño, limpiarse o volverse a poner su ropa después de la eliminación. Una persona en nivel "D" no va al cuarto de baño para la eliminación. Trasladarse se refiere a moverse dentro o fuera de la cama o una silla. En el nivel "I" puede realizar ambas cosas sin ayuda: incluye uso de andadera o silla de ruedas. Una persona en nivel "A" necesita asistencia en llegar a la cama o a una silla o levantarse de ella. Una persona en nivel "D" no es capaz de levantarse de la cama. El nivel "I" para continencia significa ser capaz de controlar ambos esfínteres completamente. En el nivel "A" se tienen accidentes ocasionales y en el nivel "D" necesita ayuda tanto en la supervisión como en el mantenimiento de la continencia, usa catéter o es incontinente.

Finalmente, una persona que se alimenta a sí misma y que puede comer y beber sin asistencia funciona a nivel “I”; una persona con un nivel de función “A” puede alimentarse por sí misma, pero necesita ayuda ya sea en cortar la carne, untar el pan, etc. En el nivel “D” necesita mayor asistencia o depende parcial o completamente de sondas o fluidos intravenosos.

Los resultados de las evaluaciones se documentan, en base a esta herramienta, categorizándolos por la cantidad de asistencia requerida:

A: Independiente en todas las funciones.

B: Independiente en todas, salvo en una de ellas.

C: Independiente en todas, salvo en lavado y otras más.

D: Independiente en todas, salvo en lavado, vestido y otra más.

E: Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso del inodoro, movilización y otra más.

F: Dependencia en las seis funciones.

G: Otras dependencias, al menos en dos funciones, pero no clasificables como C,

D, E o F (56,57).

Procedimiento

Se llevó a cabo la recolección de datos y aplicación de instrumentos de manera cotidiana y secuencial durante los meses de agosto a diciembre de 2004 capturando a aquellos pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión del estudio, tanto los que ya se encontraban hospitalizados como aquellos de nuevo ingreso, por medio

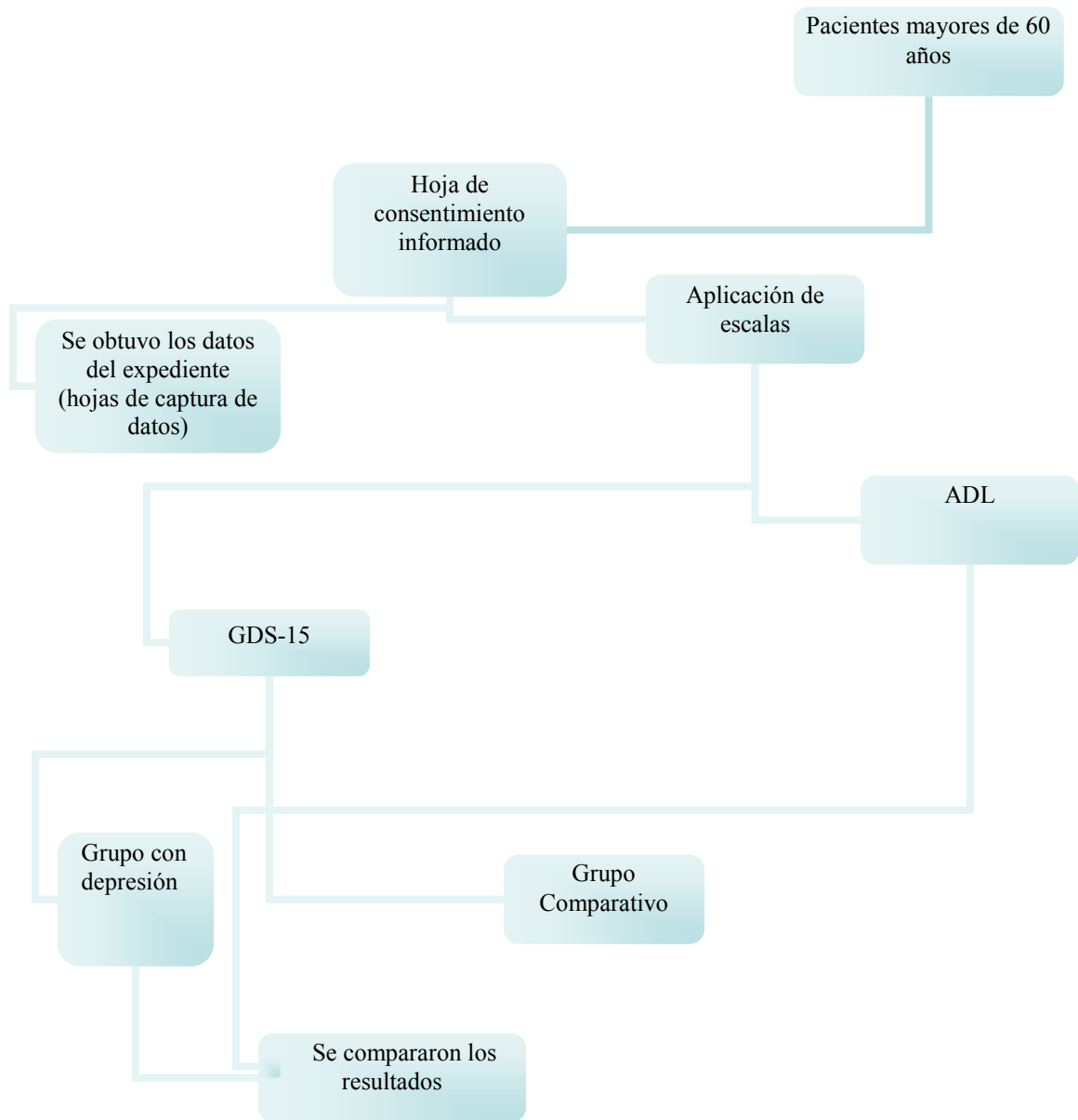
de la consulta de censos de los servicios participantes y pase de visita a los pisos. Se obtuvo un total de 92 pacientes que reunieron los criterios de selección. Se llenó la hoja de consentimiento informado y se obtuvo los datos del paciente, familiar y expediente. Posteriormente se les aplicó las escalas GDS-15 y ADL. De acuerdo al puntaje obtenido en la escala GDS se clasificaron en dos grupos: grupo con depresión y grupo comparativo.

Se agruparon las enfermedades médicas reportadas en el expediente de la siguiente manera, sin tomar en cuenta el tiempo de evolución de la enfermedad o la severidad de la misma: (58)

1. Cardiovascular
2. Sistema nervioso central
3. Endocrino
4. Gastrointestinal
5. Genitourinario
6. Hematológico
7. Musculoesquelético
8. Respiratorio
9. Otros

Se compararon los resultados de ambos grupos.

Diagrama I: procedimiento



Validación de datos

1. Se utilizó estadística descriptiva: medidas de tendencia central y dispersión: rango, media, mediana, moda, desviación estándar, proporciones o porcentajes.
2. Para la comparación de muestras se utilizó estadística inferencial.
 - a) escala nominal: prueba de Chi cuadrada
 - b) escala ordinal: prueba de Chi cuadrada
 - c) escala de intervalo: t de Student.

Presentación de resultados

Se usaron tablas y/o gráficas (pastel, barras, histogramas, líneas, puntos).

Consideraciones éticas

"Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud".
Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección II, investigación con riesgo mínimo, se anexa hoja de consentimiento informado

III.- RESULTADOS

Se reunió un total de 92 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. El grupo con Depresión (grupo A), se conformó por 44 pacientes, mientras que en el grupo Comparativo (grupo B), se incluyeron 48 pacientes.

En el grupo A 31 (70.5%) fueron mujeres y 13 (29.5%) fueron hombres. En el grupo B 23 (47.9%) fueron mujeres y 25 (52.1%) fueron hombres (figuras 1 y 2). Al comparar ambos casos se obtuvo Chi cuadrada = 3.925, con $p= 0.048$, siendo esta diferencia significativa estadísticamente.

En el grupo A el rango de edad fue de 60 a 89 años, con media de 71.84 y desviación estándar de 8.06. En el grupo B el rango osciló entre 60 y 90 años, con media de 69.48 y desviación estándar de 8.33 (figuras 3 y 4). Al comparar ambos grupos se obtuvo $t = 1.37$ con $p 0.17$, diferencia no significativa.

La distribución por estado civil fue similar en ambos grupos, predominando los pacientes casados, 22 sujetos (50%) en el grupo A y 26 (54.2%) en el grupo B (figuras 5 y 6), sin diferencia significativa al compararlos.

Al evaluar el grado de escolaridad se encontró que en el grupo A 20 (35.5%) de los pacientes no habían cursado ningún tipo de estudios, mientras que en el grupo B fueron 11 (23%) (figuras 7 y 8). Al comparar ambos grupos se obtuvo Chi cuadrada de 5.009 con $p 0.025$, siendo esta diferencia significativa estadísticamente.

Para el grupo A se obtuvo comorbilidad en 39 pacientes (88.6%), mientras que para el grupo B la comorbilidad se presentó en 32 pacientes (66.7%) (figuras 9 y 10). Al comparar los grupos se obtuvo Chi cuadrada = 5.10, con $p= 0.024$, siendo esta diferencia significativa. En el grupo A predominó las enfermedades endocrinológicas y respiratorias sobre el grupo B, siendo los porcentajes respectivamente de 28 y 18.1%

(figuras 11 y 12), sin embargo al compararlos se obtuvo Chi cuadrada de 3.466 con p de 0.063, sin ser dicha diferencia significativa.

Los días de estancia para el grupo A osciló entre 1 a 106 días, con media de 13.18 y desviación estándar de 19.23, mientras que para el grupo B el rango fue de 1 a 38 días, con media de 9.10 y desviación estándar de 8.53 (figuras 15 y 16), al comparar ambos grupos se obtuvo t (para medidas independientes) = 1.334 con $p= 0.186$, sin haber diferencia significativa.

La funcionalidad en la vida diaria para ambos grupos fue, en el grupo A 28 (63.6%) de los pacientes eran dependientes en una o más funciones y en el grupo B esta característica se encontró en 25 (52.1%) (figuras 17 y 18). Al comparar los grupos se obtuvo Chi cuadrada = 0.826, con $p= 0.363$, siendo la diferencia no significativa.

Para ambos grupos el servicio predominante de ingreso fue medicina interna, en 22 pacientes del grupo A y 21 del grupo B (50.0 y 43.8%) respectivamente (figuras 19 y 20), sin diferencia significativa al compararlos.

El número de medicamentos indicados para el grupo A fue de 1 a 10, con media de 6.05 y desviación estándar de 2.28, y para el grupo B fue de 1 a 14, con media de 9.10 y desviación estándar de 8.53 (figuras 21 y 22). Al compararlos se obtuvo $t = 0.739$ con $p= 0.462$, sin diferencia significativa.

En el cuadro I se resume las características de ambos grupos, así como se presenta el análisis comparativo.

Gráficos

Figura 1

Grupo con Depresión

Distribución por sexo

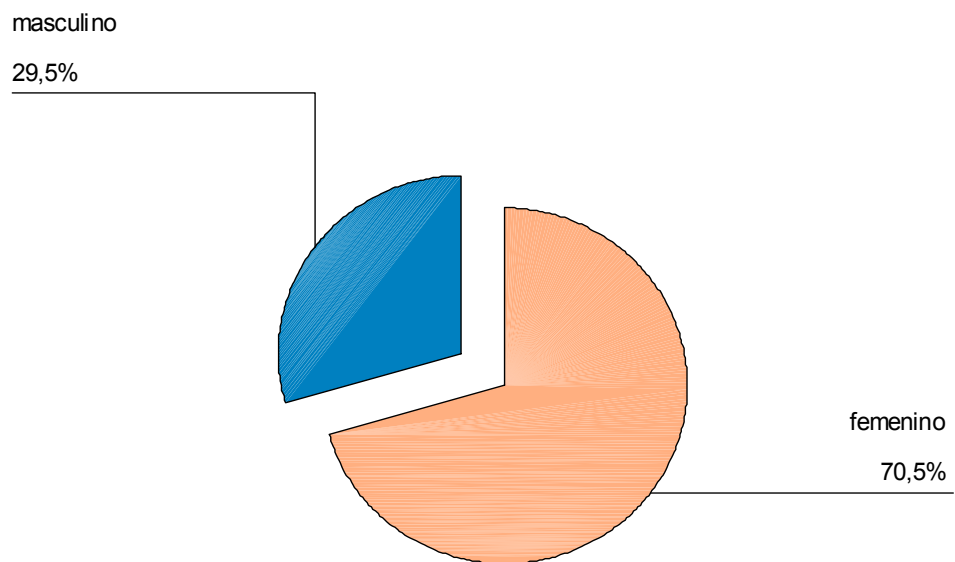


Figura 2

Grupo Comparativo

Distribución por sexo

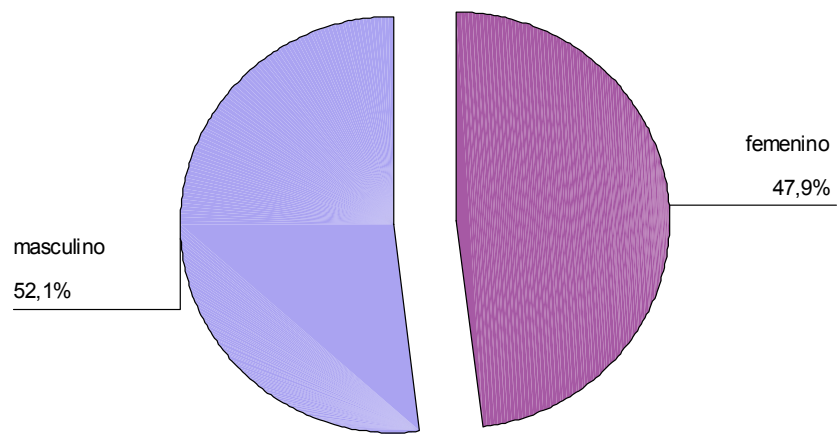


Figura 3

Grupo con Depresión

Distribución por edades

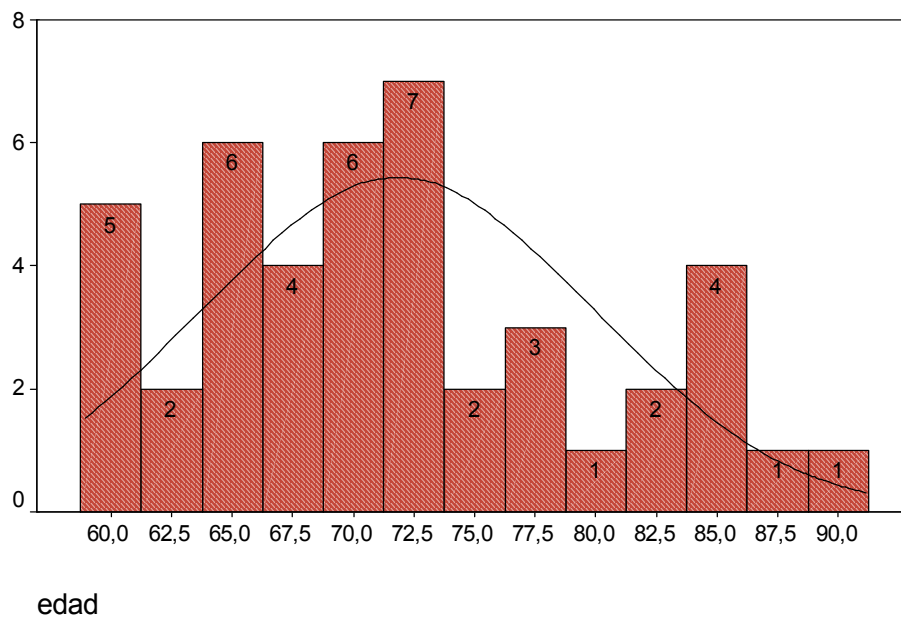


Figura 4

Grupo Comparativo

Distribución por edad

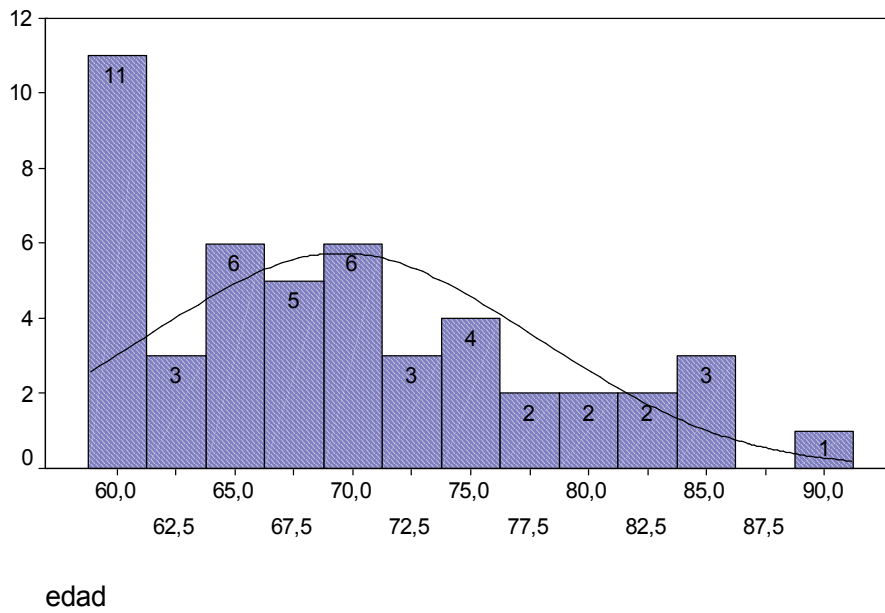


Figura 5

Grupo con Depresión

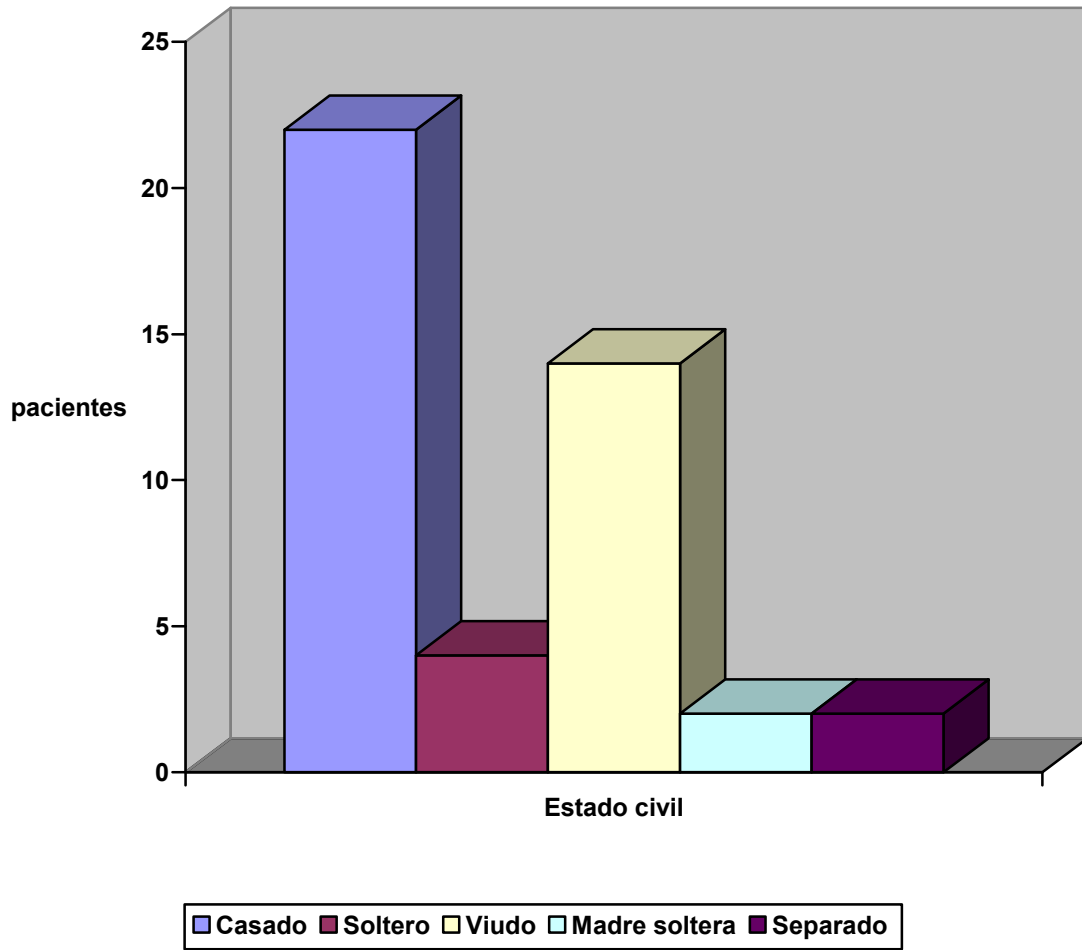


Figura 6

Grupo Comparativo

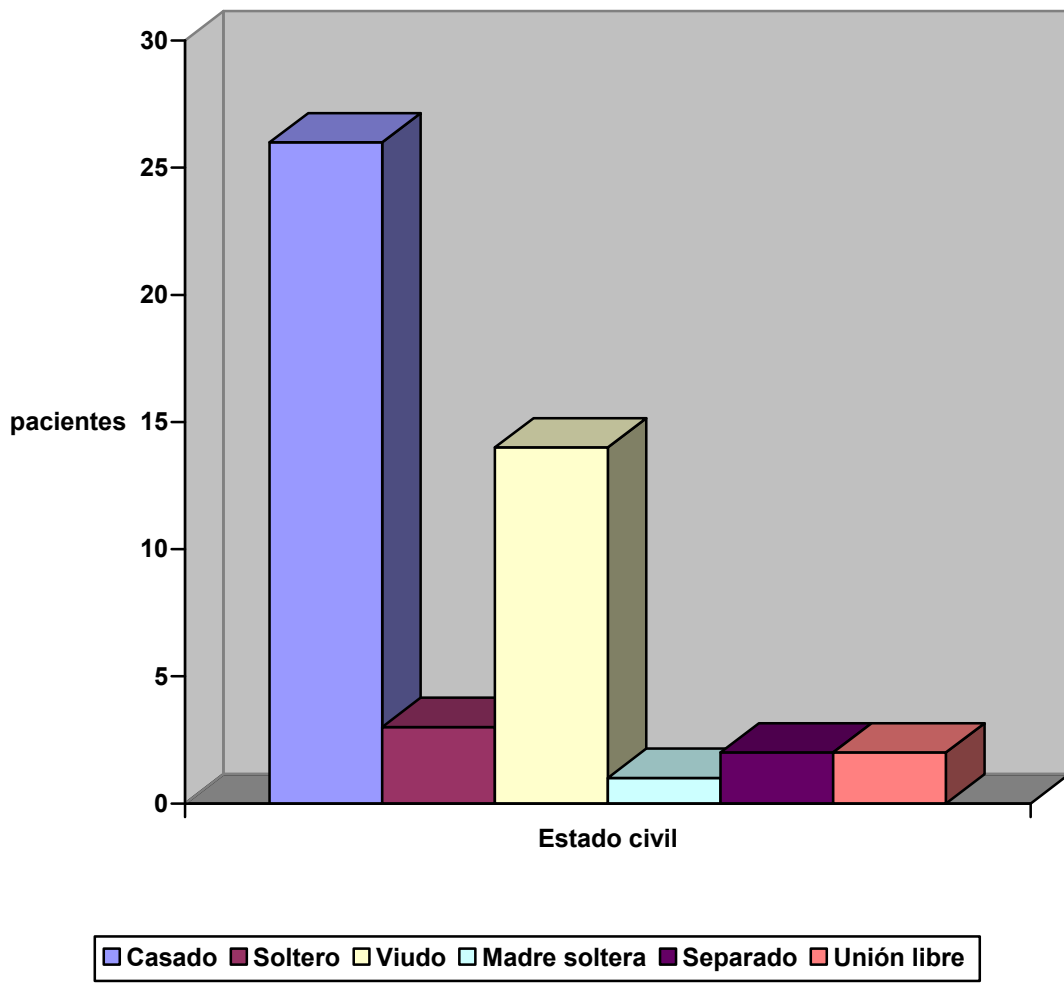


Figura 7

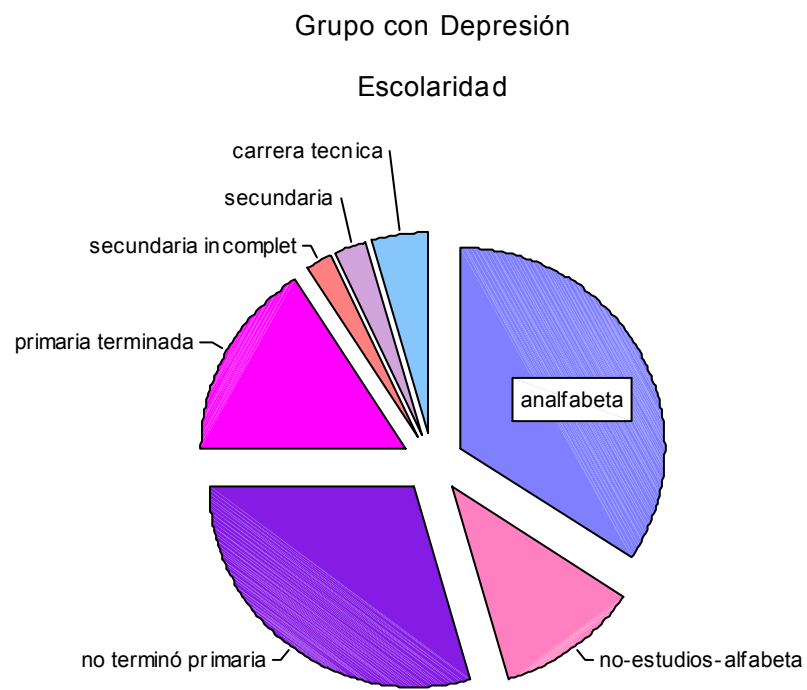


Figura 8

Grupo Comparativo

Escolaridad

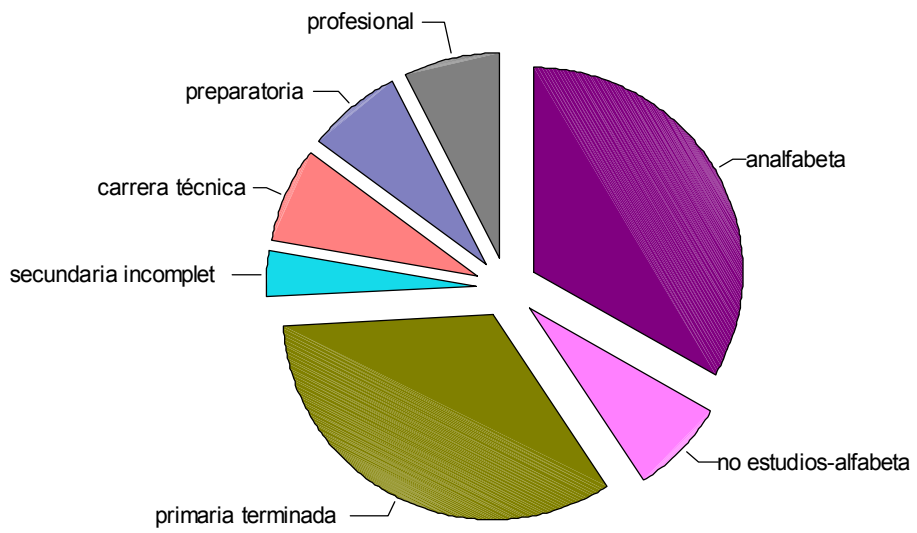


Figura 9

Grupo con Depresión
Comorbilidad Médica

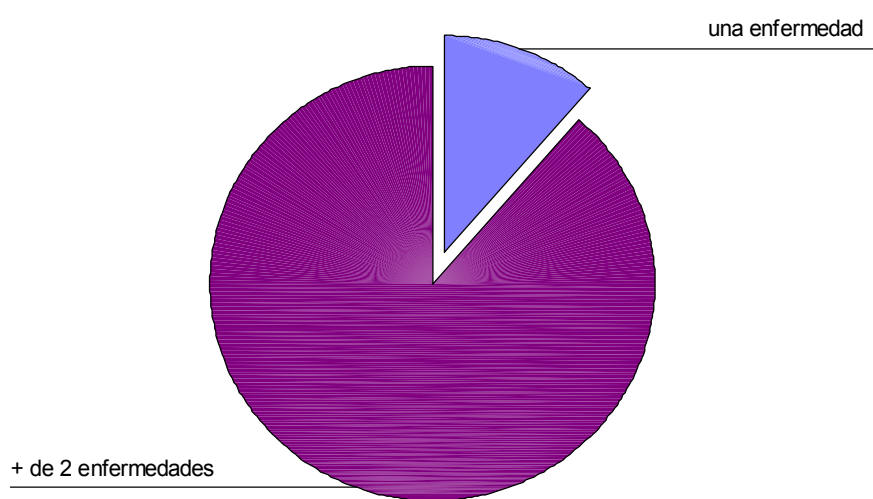


Figura 10

Grupo Comparativo
Comorbilidad Médica

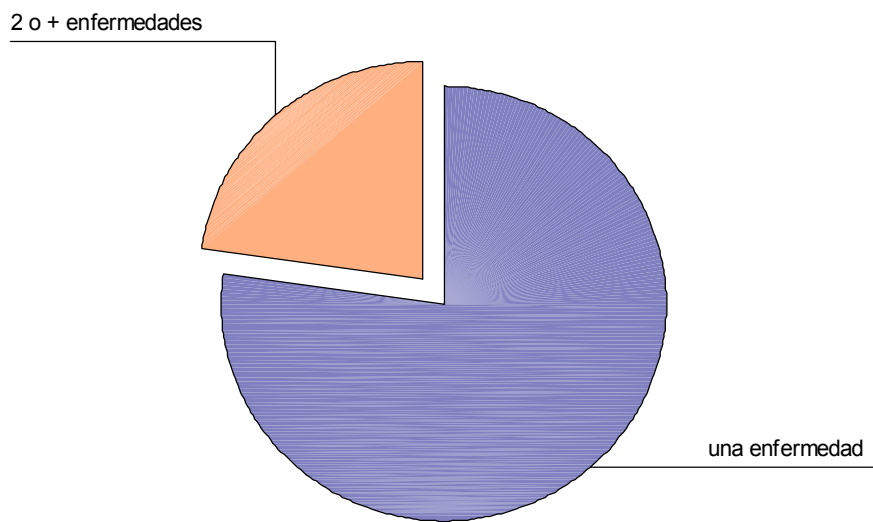


Figura 11

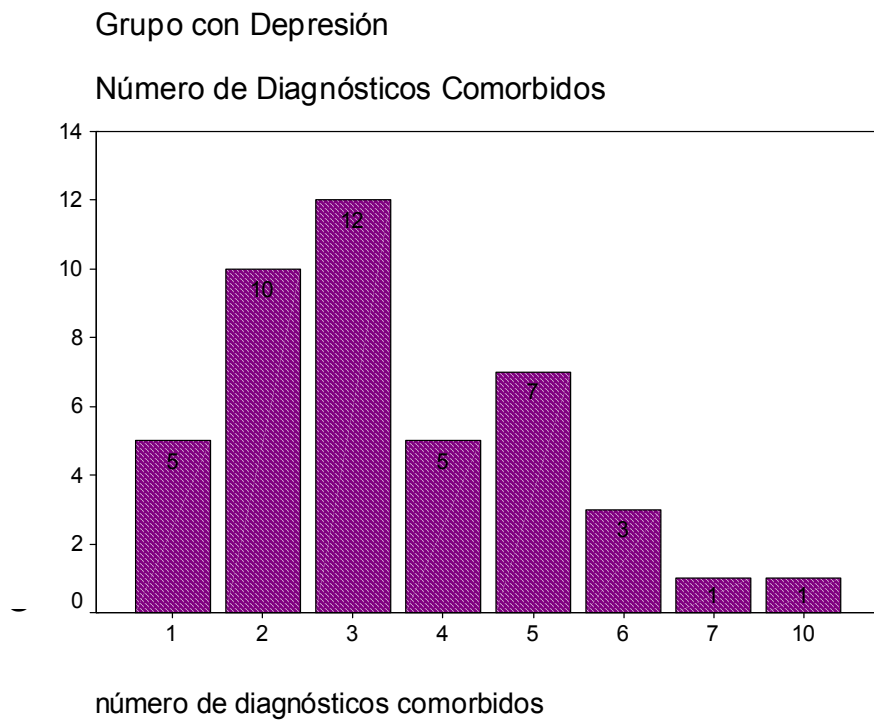


Figura 12

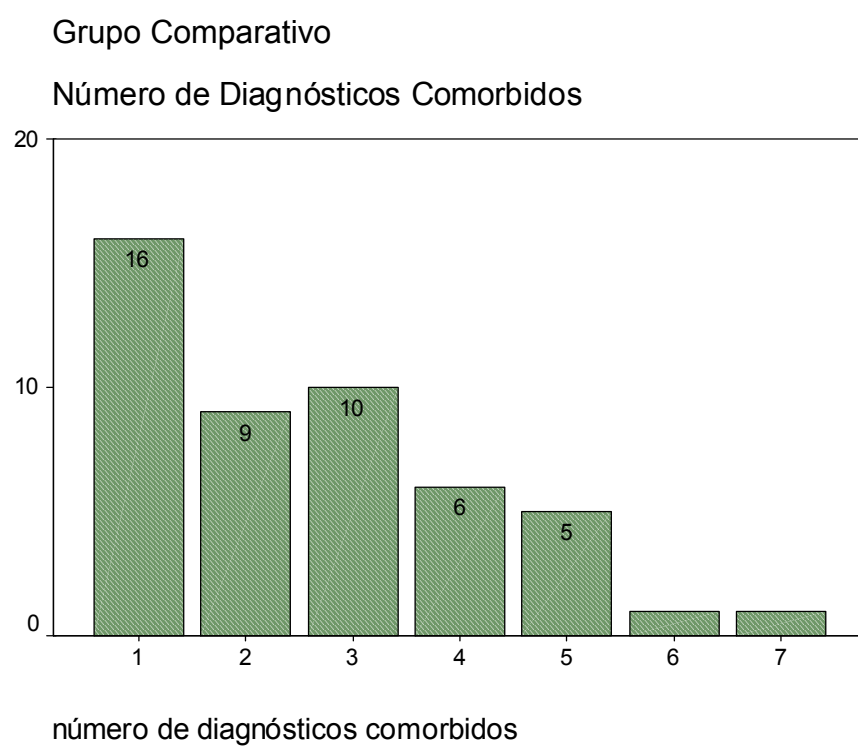
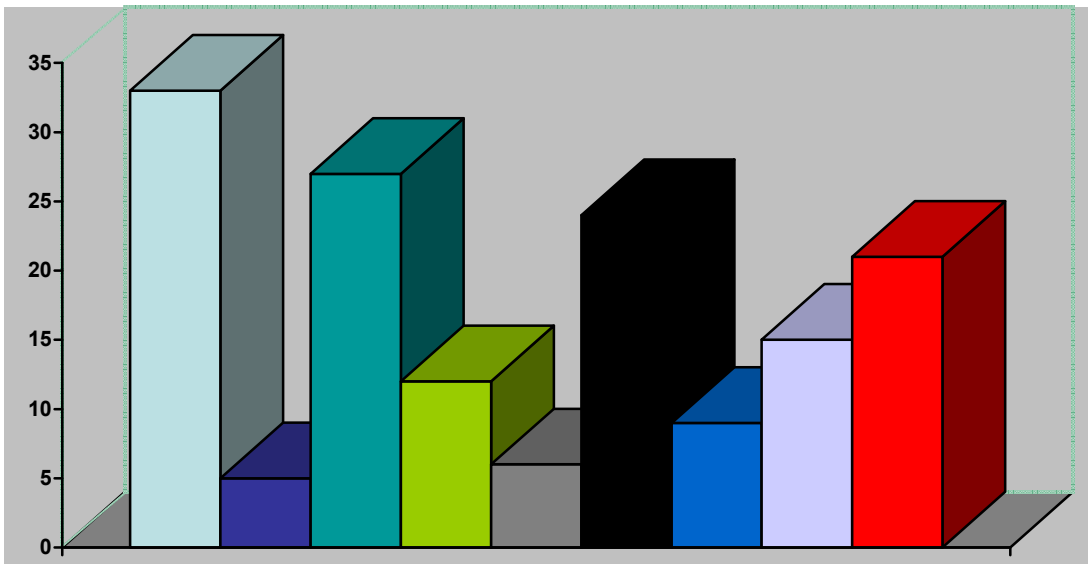


Figura 13

**Grupo con Depresión
Número de enfermedades por sistemas**



- Cardiovascular
- Sistema Nervioso Central
- Endócrino
- Genitourinario
- Hematológico
- Gastrointestinal
- Musculo-Esquelético
- Respiratorio
- Otros

Figura 14

Grupo Comparativo

Numero de enfermedades por sistemas

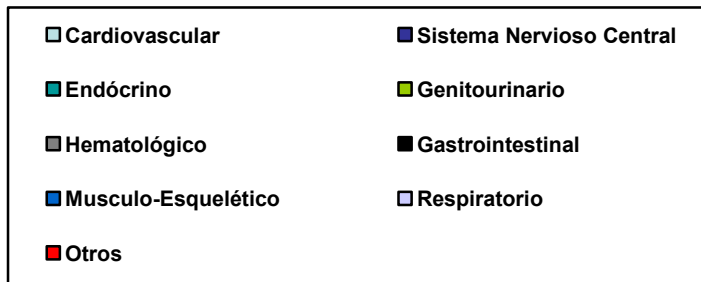
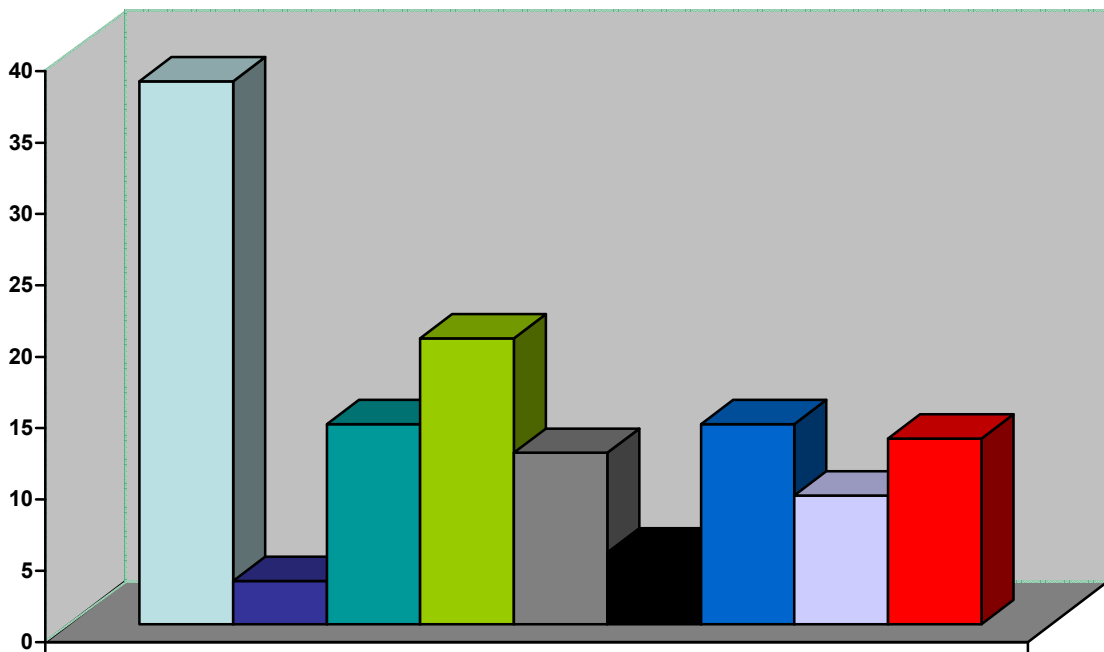


Figura 15

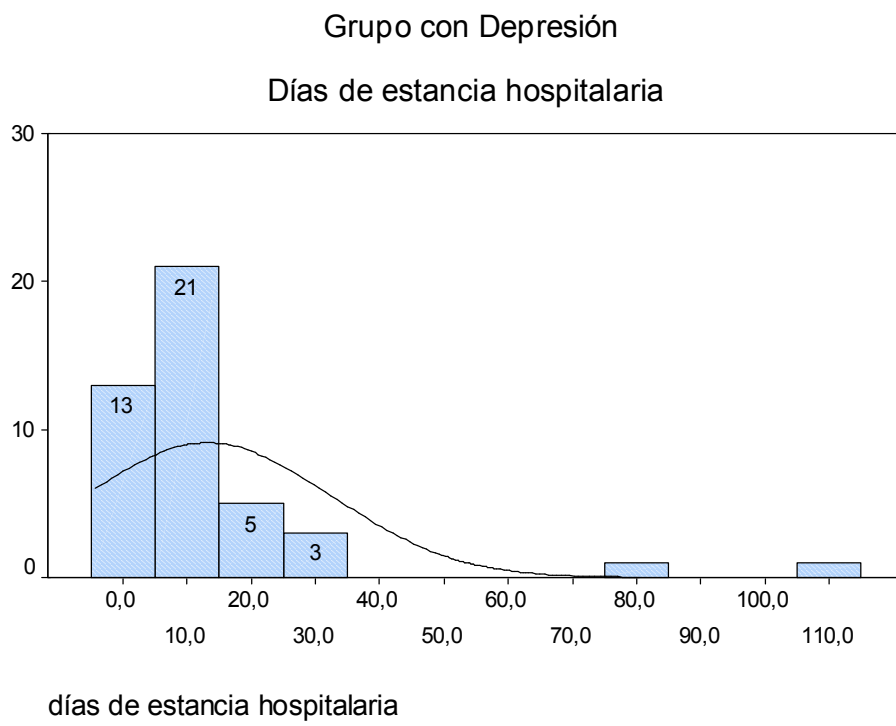


Figura 16

Grupo Comparativo

Días de estancia hospitalaria

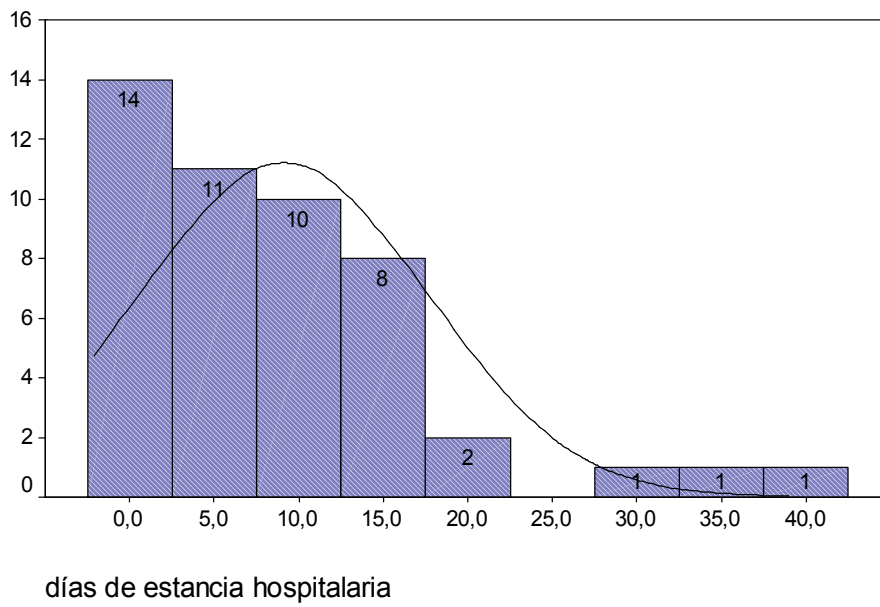


Figura 17

Grupo con Depresión
Funcionalidad en la vida diaria (índice de Katz)

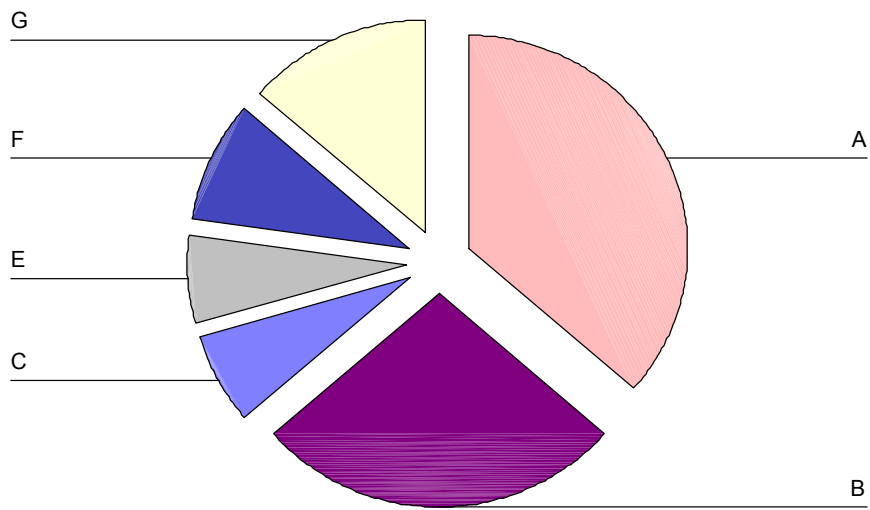


Figura 18

Grupo Comparativo

Funcionalidad en la vida diaria (índice de Katz)

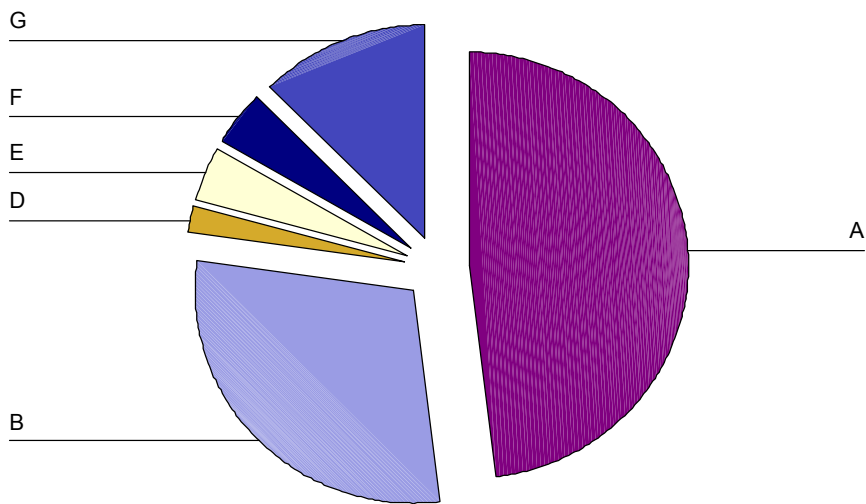


Figura 19

Grupo con Depresión
Servicio en que se ingresó

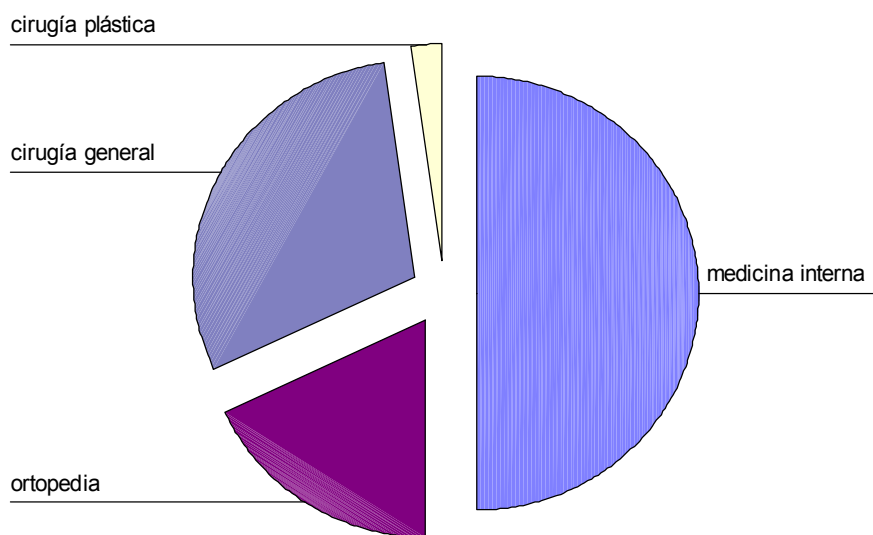


Figura 20

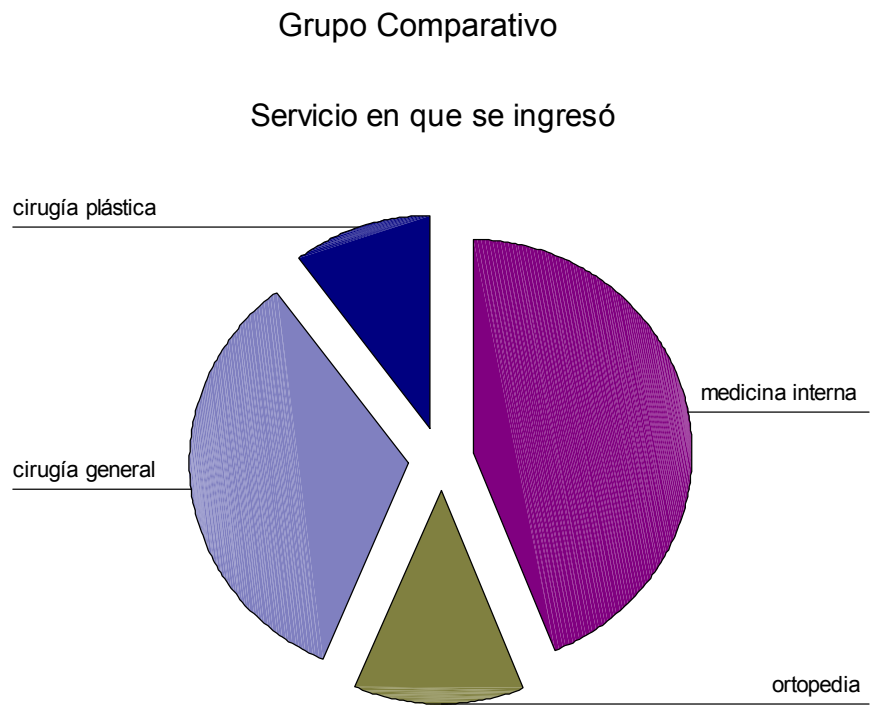


Figura 21

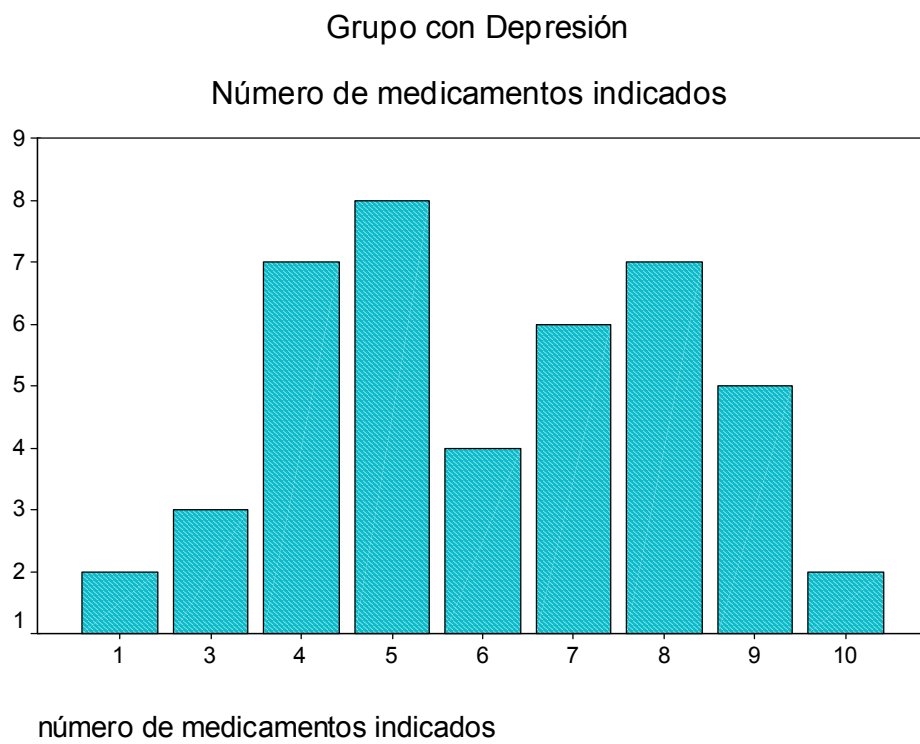
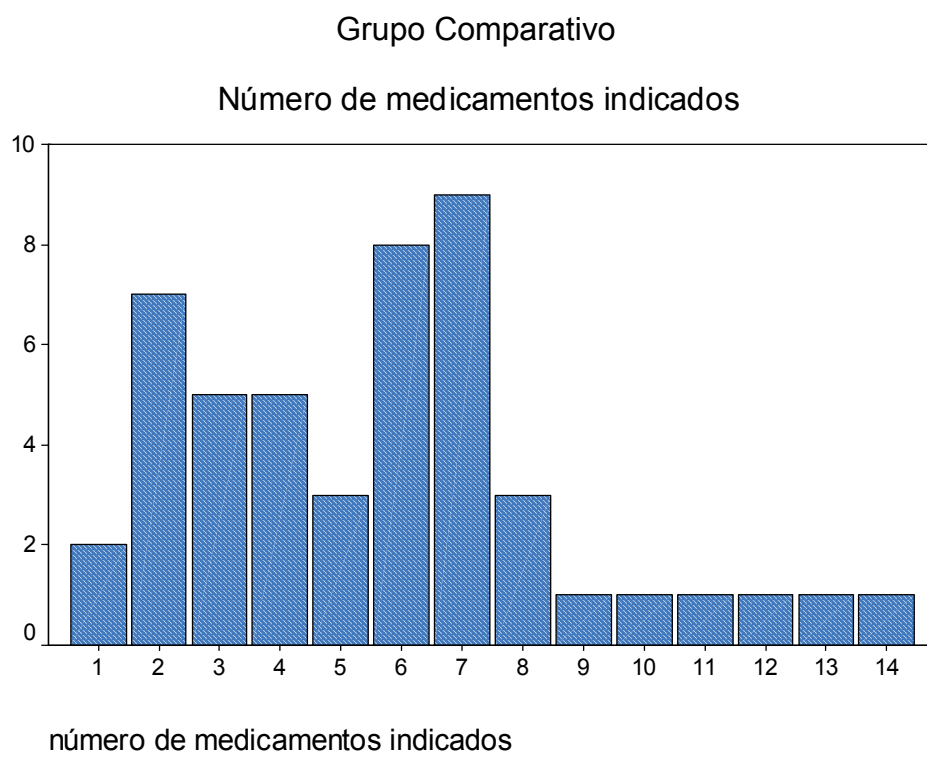


Figura 22



VARIABLES NOMINALES

VARIABLES DEPENDIENTES	GRUPO A (Depresión)	GRUPO B (Comparativo)	Xi ²
<i>Número de enfermedades:</i>			
Una	5	16	Xi ² = 5.10 (g.l. 90) P = 0.024
Dos o más	39	32	
<i>Funcionalidad en la vida diaria:</i>			
Independencia en todas las funciones	16	23	Xi ² = 0.826 (g.l. 90) P= 0.363
Dependencia en una o más funciones	28	25	
VARIABLES INDEPENDIENTES			
<i>Tipo de enfermedad : (*)</i>			
Sistema Endocrino y Sistema Respiratorio	42	23	Xi ² = 3.466 (g.l. 90) P= 0.063
Otros sistemas	108	106	
<i>Sexo:</i>			
Femenino	31	23	Xi ² = 3.925 (g.l. 90) P= 0.048
Masculino	13	25	
<i>Escolaridad:</i>			
Sin estudios	20	11	Xi ² = 5.009 (g.l. 90) P: 0.025
Uno o más años de escuela	24	37	

**Cuadro I. Características de los 2 grupos
Variables y análisis estadístico
continúa...**

“g.l.” = Grados de libertad

* El número de enfermedades es mayor al número de sujetos debido a que corresponde a la comorbilidad acumulada.

VARIABLES DE INTERVALO

VARIABLES DEPENDIENTES	GRUPO A (Depresión)	GRUPO B (Comparativo)	t Student
<i>Edad</i>	60-80 Media:71.84 DE: 8.06	60-90 Media:69.48 DE: 8.33	T:1.37(g.l. 90) P: 0.17
VARIABLES INDEPENDIENTES			
<i>Días de estancia hospitalaria</i>	1-106 Media: 13.18 DE: 19.23	1-38 Media: 9.10 DE 8.53	T: 1.334(g.l. 90) P: 0.186
<i>Número de medicamentos indicados</i>	1-10 Media:6.05 DE: 2.28	1-14 Media: 9.10 DE:8.53	T: 0.739(g.l. 90) P: 0.462

Cuadro I. Características de los 2 grupos
Variables y análisis estadístico
...continuación

“g.l.” = Grados de libertad

DISCUSION

Muy semejante a lo reportado por Shah y cols (10), así como por Tracey y cols (11), en el presente estudio se encontró una frecuencia de trastornos depresivos del 47.8% del total de ancianos hospitalizados incluidos en la muestra. En concordancia con estudios previos, (1, 3, 6, 38.), se encontró que dentro del segmento de población geriátrica, el sexo femenino es el que presenta mayor asociación con los trastornos depresivos, siendo en nuestro estudio el 70.5% del grupo de deprimidos mujeres contra el 47.9% en el grupo comparativo. El estado civil no se asoció significativamente a la presencia de depresión, siendo para el grupo con depresión en nuestro estudio la distribución del 50% de los pacientes casados y 50% de los pacientes con otro estado civil (soltero, viudo, divorciado, separado, madre soltera) a diferencia de reportes previos, en los que se ha visto una mayor prevalencia en sujetos divorciados o separados. En la muestra obtenida para el presente estudio se encontró que el 35.5% de los pacientes pertenecientes al grupo de deprimidos no habían cursado ningún tipo de estudios, en contraste con el grupo comparativo en el que el 77% de los pacientes tenían algún grado de escolaridad, con asociación significativa; sin embargo, los pacientes incluidos en el estudio, tanto del grupo A como B, mostraron alto índice de analfabetismo.

La frecuencia de depresión entre los pacientes que tuvieron comorbilidad médica fue del 88.6%, mucho mayor a lo esperado (30%), sin embargo esta diferencia puede deberse a que en el estudio de referencia de Shah (10) se tomó como variable la presencia de trastorno depresivo mayor, y en el presente estudio no se hace tal distinción, si no que se engloba el espectro de trastornos depresivos sin diferenciarlos por subcategorías, pudiendo pertenecer cualquiera de los pacientes incluidos en el grupo positivo a diagnósticos como trastorno adaptativo con síntomas depresivos, episodio

depresivo hasta trastorno depresivo mayor. Similar a lo observado por Sosa (38) el puntaje en la escala de depresión geriátrica (GDS) tanto en la muestra total como en el grupo con depresión fue mayor para las mujeres que para los hombres, con $p= 0.010$ y 0.017 respectivamente.

A diferencia de lo señalado por Sunderland (15) no se encontró asociación de la presencia de depresión con un tipo de enfermedad específica, aún cuando en el grupo positivo predominaron las enfermedades endocrinológicas y respiratorias, la desigualdad con el grupo comparativo no fue relevante estadísticamente.

El grado de dependencia en las actividades de la vida diaria se valoró de acuerdo a la actividad desempeñada en la semana previa al ingreso hospitalario y no mostró asociación significativa con la manifestación de síntomas depresivos.

La duración de la estancia hospitalaria y la toma y número de medicamentos indicados no se asoció a mayor frecuencia de depresión, lo anterior pudiera deberse al amplio rango en los días de estancia hospitalaria exhibido en el grupo de pacientes con depresión y a la indicación rutinaria e incluso profiláctica de algunos medicamentos en la mayoría de los pacientes incluidos en la muestra.

CONCLUSIONES

En la muestra de pacientes estudiada, los cuales comprendieron adultos mayores de 60 años, hospitalizados, se observó asociación entre la presencia de comorbilidad médica y la manifestación de síntomas depresivos, principalmente en sujetos del sexo femenino.

Se observó además que un importante segmento de la población estudiada carecía de cualquier tipo de escolaridad, encontrando mayor frecuencia de síntomas depresivos en pacientes analfabetas y sin estudios, sin embargo no puede inferirse de este estudio que exista relación causal, por el tipo de población incluida, particularmente de escasos recursos económicos y de poco acceso a educación formal.

El tipo de enfermedad médica no fue determinante para la presentación de dicha asociación, así como tampoco lo fue la duración de la estancia hospitalaria ni el número de medicamentos indicados. El estado civil de los pacientes no se asoció a la manifestación de síntomas depresivos en este estudio, encontrando que en ambos grupos predominaron los sujetos casados.

El grado de independencia en las actividades de la vida diaria no fue particularmente relevante en la manifestación de sintomatología depresiva.

HOJA DE CAPTURA DE DATOS:

Fecha:

Aplicó:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Escolaridad:

Fecha de ingreso al hospital:

Cama:

Servicio en el que se encuentra ingresado:

Diagnóstico/s médico/s:

Medicación actual:

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (Yesavage)

A continuación se presenta una serie de preguntas para las cuales solo se le dan dos opciones, por favor trate de responderlas todas y sin meditar demasiado su respuesta.

1. ¿Está usted satisfecho con su vida?	SI	NO
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?	SI	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	SI	NO
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	SI	NO
6. ¿Teme que le pase algo?	SI	NO
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	SI	NO
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	SI	NO
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	SI	NO
10. ¿Cree tener mas problemas de memoria que el resto de la gente?	SI	NO
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	SI	NO
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	SI	NO
13. ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	SI	NO
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI	NO

TOTAL:

ÍNDICE DE KATZ

LAVADO

- No recibe ayuda (entrada y salida de la bañera por sí mismo, si esta es de forma habitual al bañarse).
- Recibe ayuda en la limpieza de solo una parte de su cuerpo (espalda o piernas)
- Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo o al entrar o salir.

VESTIDO

- Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda. sela o permanece parcialmente vestido
- Sin ayuda, excepto para atarse los zapatos.
- Recibe ayuda para coger la ropa, poner

USO DE RETRETE

- Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda.
- Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal.
- No va al retrete

MOVILIZACION

- Entra y sale de la cama se sienta y se levanta sin ayuda.
- Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla con ayuda.
- No se levanta de la cama.

CONTINENCIA

- Controla perfectamente ambos esfínteres.
- Incontinencia ocasional.
- Necesita supervisión, usa sonda vesical o es incontinente

ALIMENTACION

- Sin ayuda
- Ayuda solo para cortar la carne o untar el pan.
- Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos.

Consentimiento Informado

PROTOCOLO: ESTUDIO COMPARATIVO DE LA COMORBILIDAD MÉDICA ENTRE ADULTOS DE 60 AÑOS O MÁS, HOSPITALIZADOS, CON Y SIN DEPRESION

1. Se me ha invitado y acepto participar en la investigación que se realiza en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, la cual pretende averiguar si las personas mayores de 60 años, como es mi caso, que padecen de una o varias enfermedades y que ameritaron hospitalización presentan mayor posibilidad de estar deprimidos (que es un tipo de trastorno en el estado de ánimo); sé que mi participación en ella es totalmente voluntaria y que no participar en la misma no me conllevará ninguna consecuencia.

2. Mi participación consiste en proporcionar los datos solicitados y responder 2 cuestionarios, los cuales tienen una duración de 10 minutos cada uno aproximadamente.

3. Se me ha explicado que existe la posibilidad de que yo sea contactado(a) nuevamente en un futuro para ampliar los resultados del estudio, ya sea a través de un llamado telefónico, un correo electrónico o el correo.

4. Solo que yo lo solicite se me proporcionarán los datos de importancia, obtenidos en el estudio, referentes a mi caso.

5. Mis datos personales serán estrictamente confidenciales y solo serán usados por el equipo de trabajo de este Hospital laborando en esta investigación.

6. Autorizo que pueda ser publicada la información obtenida en este estudio, manteniendo siempre mi anonimato.

7. Se que puedo abandonar esta investigación en el momento que yo lo desee.

8. **“Todos los procedimientos éticos estarán de acuerdo con lo estipulado en el reglamento de la ley general de Salud en Materia de Investigación para la salud. Título Segundo. Capítulo I. Investigación con riesgo mínimo. Se seguirán los principios de la declaración de Helsinki.**

9. Para dudas o comentarios: Dr., Simón Kava, vicepresidente de las comisiones de ética y de Investigación. Tel: 56666021

Estoy enterado(a) del CONSENTIMIENTO INFORMADO en su totalidad, he tenido oportunidad de hacer preguntas sobre el proyecto y mi participación:

Nombre y firma del paciente

fecha

Nombre y firma del testigo

(parentesco)

domicilio

fecha

Nombre y firma del testigo

(parentesco)

domicilio

fecha

Nombre y firma del investigador

fecha

Dos originales (una para el paciente)

ANEXO IV

V. - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Wagner F, Gallo J, Delva J. Depression in late life: A hidden public health problem for Mexico? *Salud Pública Méx* 1999; 41(3): 189-202.

2 De Santillana S, Alvarado L. Depresión en población adulta mayor. Tamizaje en unidad de primer nivel de atención médica. *Rev Med IMSS* 1999; 37(2):111-115.

3 Serby M, Mi Yu. Overview: Depression in the Elderly. *Mt Sinai J Med* 2003; 70(1): 38-44.

4 Sosa, A. Depresión en el anciano. *Psiquiatría* 1989; 5(1):44-54.

5 Alexopoulos G. Mood Disorders Geriatric Psychiatry. En: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sadock B, Sadock V (Eds). Lippincott Williams & Wilkins. 7ª Edición, Philadelphia, EUA, 2000, 3060-68.

6 González M. Depresión en ancianos: Un problema de todos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001; 17(4):316-20.

7 Ranga K, Mahlon K, Kraemer H, Carney R, Spiegel D, Gordon C, et al. Comorbidity of Depression with Other Medical Diseases in the Elderly. *Biol Psychiatry* 2002; 52:559–588.

8 García C, Roche A. Depresión en el anciano. Diagnóstico y tratamiento en atención primaria (consulta general). *Psiquis (México)* 2002; 11(5): 119-126.

9 Lyness J, Bruce M, Koenig H, Parmelee P, Schulz R, Lawton M, et al. Depression and Medical Illness in Late Life: Report of a Symposium. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44(2): 198-203.

10 Shah A, Odutoye K, De T. Depression in acutely medically ill elderly inpatients: a pilot study of early identification and intervention by formal psychogeriatric consultation. *J Affect Disord* 2001; 62:233–240.

11 Hickie I, Davenport T, Ricci C. Screening for depression in general practice and related medical settings. *MJA* 2002;177(7):111-116.

12 Charlson M, Peterson J. Medical comorbidity and Late Life Depression: What is Known and What are the Unmet Needs? *Biol Psychiatry* 2002; 52:226–235.

13 Fulop G, Strain J, Fahs M, Schmeidler J, Snyder S. A Prospective Study of the Impact of Psychiatric Comorbidity on Length of Hospital Stays of Elderly Medical-Surgical Inpatients. *Psychosomatics* 1998; 39:273–280.

14 Stewart R, North F, West T, Sharples K, Simes J, Colquhoun D, et al. Depression and cardiovascular morbidity and mortality: cause or consequence? *Eur Heart J* 2003; 24: 2027–2037.

15 Sunderland T, Lawlor B, Molchan S, Martínez R. Depressive syndromes in the elderly: Special concerns. *Psychopharmacol Bull* 1988; 24(4): 567-576.

16 Badger T, Braden C, Mishel M, Longman A. Depression Burden, Psychological Adjustment, and Quality of Life in Women with Breast Cancer: Patterns over Time. *Res Nurs Health* 2004; 27(1): 19–28.

17 Sharpe L, Sensky T, Allard S. The course of depression in recent onset rheumatoid arthritis: the predictive role of disability, illness perceptions, pain and coping. *J Psychosom Res* 2001; 51(6): 713– 719.

18 Williams J, Katon W, Lin E, Noel P, Worchel J, Cornell J, et al. The Effectiveness of Depression Care Management on Diabetes-Related Outcomes in Older Patients. *Ann Intern Med* 2004; 140(12):1015-1024.

19 Ariyo A, Haan M, Tangen C, RutlGDS e J, Dobs A, Furberg C, et al. Depressive Symptoms and Risks of Coronary Heart Disease and Mortality in Elderly Americans. *Circulation* 2000;102:1773-1779.

20 Luukinen H, Laippala P, Huikuri H. Depressive symptoms and the risk of sudden cardiac death among the elderly. *Eur Heart J* 2003; 24(22): 2021–2026.

21 Cheock F, Schrader G, Banham D, Marker J, Hordacre A. Identification, course, and treatment of depression after admission for a cardiac condition: Rationale and patient characteristics for the Identifying Depression As a Comorbid Condition (IDACC) project. *Am Heart J* 2003;146(6):978-984.

22 Zubenko G, Marino L, Sweet R, Hind A, Mulsant B, Pasternak R. Medical Comorbidity in Elderly Psychiatric Inpatients. *Biol Psychiatry* 1997; 41: 724-736.

23 Katona C, Livingston Gil. Impact of screening old people with physical illness for depression? *Lancet* 2000; 356(8): 91-92.

24 Hermmann-Lingen C, Klemme H, Meyer T. Depressed Modd, Physician-rated prognosis, and comorbidity as independent predictors of 1-year mortality in consecutive medical inpatients. *J Psychosom Res* 2001; 50: 295-301.

25 Takashi H, Aoki T, Watanabe T, Okuyama T, Kurosawa H. Comorbidity of depression among physically Ill patients and its effect on the length of hospital stay. *Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 53: 491- 495.

26 Furlanetto L, Von Ammon S, Romildo J, Creech S, Powell L. Association Between Depressive Symptoms and Mortality in Medical Inpatients. *Psychosomatics* 2000; 41(5):426–432.

27 Büla C, Wietlisbach V, Burnand B, Yersin B. Depressive symptoms as a Predictor of 6-month outcomes and service utilization in Elderly Medical Inpatients. *Arch Intern Med* 2001;161: 2609-2615.

28 Conwell Y, Duberstein P, Caine E. Risk Factors for Suicide in Later Life. *Biol Psychiatry* 2002; 52:193–204.

29 Hirschfeld R, Russell J. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 1997; 337(13): 910-915.

30 Jackson R, Baldwin B. Detecting depression in elderly medically ill patients: the use of the Geriatric Depression Scale compared with medical and nursing observations. *Age Ageing* 1993; 22 (5):349–353.

31 Coyne JC, Palmer SC, Thompson R. Questionnaires for depression and anxiety. Routine screening entails additional pitfalls. *BMJ* 2001; 323: 168-173.

32 Cullum S, Nandhra H, Darley J, Todd C. Screening for depression in older people on medical wards: which cut-point should we use? *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18: 353–361.

33 Pomerantz AS, de-Nesnera A, West AN. Resolution of depressive symptoms in medical inpatients after discharge. *Int J Psychiatry Med* 1992; 22: 281–289.

34 Koenig H, Kuchibhatla M. Use of health services by hospitalized medically ill depressed elderly patients. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 859–860.

35 Clement J, Fray E, Paycin S, Leger J, Therme J, Dumont D. Detection for depression in elderly hospitalized patients in emergency wards in France using the CES-D and the mini GDS: Preliminary experiences. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14: 373-378.

36 Pomeroy I, Clark C, Philp I. The effectiveness of very short scales for depression screening in elderly medical patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16: 321–326.

37 Shah A, Herbert R, Lewis S, Mahendran R, Platt J, Bhattacharyya B. Screening for depression among acutely ill geriatric inpatients with a short geriatric depression scale. *Age Ageing* 1997; 26:217-221.

38 Sosa Ortíz AL. Prevalencia de síntomas depresivos y alteraciones cognoscitivas en los ancianos de una comunidad del D.F. México: Ana Luisa Sosa Ortiz, 1997. Tesis. Universidad Nacional Autónoma de México.

39 Ranga K, Krishnan R. Biological Risk Factors in Late Life Depression. *Biol Psychiatry* 2002; 52:185–192.

40 Schulz R, Drayer R, Rollman B. Depression as a Risk Factor for Non-Suicide Mortality in the Elderly. *Biol Psychiatry* 2002; 52:205–225.

41 Yesavege J, Brink T, Rose T, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale : a preliminary report. *J Psychiat Res* 1983; 17(1):37-49.

42 Incalzi A, Cesari M, Pedone C, Carbonin P. Construct validity of the 15-Item Geriatric Depresión Scale in Older Medical Inpatients. *J Geriatr Psychiatr Neurol* 2003; 16(1):23-28.

43 Dunn V, Sacco W. Effect of Instructional Set on Responses to the Geriatric Depression Scale. *Psychology Agening* 1988; 3(3):315-316.

44 Almeida O, Almeida S. Short versions of the geriatric depression scale: A study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14: 858-865.

45 Perlado, F. Test mentales en geriatría. Zaragoza: Heraldo de Aragón. 1987; 88-89.

46 González F, Szurek S. La Geriatric Depression Scale (GDS) como instrumento para la evaluación de la depresión en el anciano: bases de la misma y modificaciones introducidas para la adaptación de la prueba a la realidad psicogeriatrica española. En: *Diagnóstico y evaluación psicológica. Libro de comunicaciones del II Congreso Oficial de Psicólogos*, Valencia: Colegio Oficial de Psicólogos, 1990; 303-310.

47 Emerson L. Validation of the Geriatric Depression Scale Short Form among inpatients. *J Clin Psychology* 1994; 50 (2):256-260.

48 Burns A, Lawlor B, Craig S. Assessment scales in old age psychiatry. London: Martin Dunitz Ltd. 1999; 6; 291-293.

49 Aguado C. Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la "Geriatric Depresión Scale" (GDS de Yesavage). *Aten Primaria* 2000; 26 (supl. 1): 328.

50 Baker F, Espino D. A Spanish version of the geriatric depression scale in Mexican-American elders. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997; 12:21-25.

51 Sheik J, Yesavage J, Brink TL. Clinical Gerontology: a guide to assessment and intervention. Geriatric Depression Scale (GDS) recent evidence and development of a shorter version. New York: Haworth Press, 1986: 517.

52 Soon J, Levine M. Screening for Depression in Patients in Long-Term Care Facilities: A Randomized Controlled Trial of Physician Response. J Am Geriatr Soc 2002; 50(6):1092– 1099.

53 Martínez J, Onís C, Dueñas R, Colomer A, Taberna A, Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. MEDIFAM 2002; 12(10): 620-630.

54 Katz S, Moskowitz R, Jackson B, Jaffe M. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. JAM 1963; 85:914-919.

55 Katz S. Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. J Am Geriatr Soc 1983; 31:721-727.

56 Fontana C, Estany J, Pujol J, Segarra I, Jordan Y. Concordancia entre índices de dependencia en las actividades de la vida diaria. Experiencia de aplicación en población geriátrica de ámbito rural. Enfermería Clínica 2002; 12(2):47-53.

57 Larrión J. Valoración geriátrica integral (III): valoración de la capacidad funcional del paciente anciano. Comprehensive geriatric assessment (III). Evaluation of the functional ability of the elderly. Anales del sistema Sanitario de Navarra, Suplemento

1.Servicio de Geriatria. Hospital de Navarra. Pamplona. Investigación en internet en abril de 2004: <http://anales@cfnavarra.es>.

58 Burvill P, Mowry B, Hall W. Quantification of physical illness in psychiatric research in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 1990; 5:161-170.